



VU Research Portal

Geslachtoffers

Cohen-Kettenis, P.

2003

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Cohen-Kettenis, P. (2003). *Geslachtoffers*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Geslachtoffers

Peggy Cohen-Kettenis

Vrije Universiteit Amsterdam

Mijnheer de Rector, Dames en heren,

De mensheid is te verdelen twee categorieën: zij die menen dat de mensheid in twee categorieën is in te delen en zij die menen dat dat niet zo is. Voor zover deze verdeling betrekking heeft op het onderscheid 'mannen tegenover vrouwen' geldt dat het merendeel van de mensheid tot de eerste categorie behoort. Waarschijnlijk behoort u daar dus ook toe en meent u dat de seksen een dichotomie vormen.

Nu u toch allen hier bent, maak ik graag van de gelegenheid gebruik u de beperkingen van deze opvatting te schetsen. Niet alleen patiënten lopen tegen deze beperkingen aan, maar ook behandelaars.

Ik zal de dilemma's aangeven, die het werken in dit gebied met zich meebrengt en u proberen duidelijk te maken wat er mijns inziens nodig is om bij te dragen aan de oplossing van deze dilemma's.

Ik doe dit aan de hand van het verhaal van drie patiënten.

Drie patiënten

Wil

Als beginnend therapeut had ik ruim 25 jaar geleden, voor het eerst een patiënt in psychotherapie die worstelde met haar identiteit als vrouw. Ik noem haar Wil. Toen zij bij mij kwam was Wil niet bereid zich bij artsen aan te melden voor welke medische ingreep dan ook. Zij wilde wel uitzoeken hoe ze haar gevoelens van man- of vrouw-zijn in haar dagelijks leven vorm moest geven. Ik was niet de eerste bij wie zij om hulp aanklopte.

Vóór mij was ze bij twee andere therapeuten geweest. Op haar vraag was verschillend gereageerd. Eén psycholoog probeerde haar ervan te overtuigen,

ongeacht wat zij inbracht, dat een proefperiode waarin ze als een échte vrouw zou leven, haar wellicht tot andere gedachten zou brengen. De andere verwees haar na twee gesprekken door en leek in het geheel niet bereid om haar gevoelens te exploreren.

Uit onze gesprekken bleek al snel dat Wil niet behoorde tot de groep die inmiddels bekend staat als de klassieke transseksueel. Toch bestond bij haar een duidelijke gevoel van onbehagen over haar vrouwelijke identiteit, een zogenaamde genderdysforie. Deze was alleen anders van kwaliteit en had misschien ook een andere intensiteit dan bij transseksuelen wordt aangetroffen. Lang overwoog Wil of een operatieve borstverkleining haar van haar afkeer van haar lichaam zou bevrijden, maar uiteindelijk heeft zij daar niet voor gekozen. Deels had dit te maken met mogelijke sociale consequenties. Zij vreesde dat de opluchting om van haar borsten verlost te zijn niet op zou wegen tegen de sociale repercussies. Het uitzoeken welke situatie haar de beste kansen op een gelukkig leven zou geven, was voor haar en mij een heel gepuzzel. Immers, over mensen met genderproblemen, en zeker over varianten van transseksualiteit, werd in die tijd nog nauwelijks nagedacht.

Hansje

Ongeveer tien jaar later zag ik het eerste kind met een genderprobleem. Ik noem hem Hansje. Hansje was een verlegen en stil jongetje, dat het heerlijk vond om met zijn nichtje verkleedspelletjes te doen. In zijn verkleeddoos zat zijn lievelingsjurk, een lange blauwe jurk met kanten stroken. Als hij die aantrok voelde hij zich een prinses. Hansje was zeven jaar. Hij hield niet van stoeien, zoals zijn broertje, en speelde eigenlijk liever helemaal niet met jongens. Hansje had wel veel vriendinnetjes. Zijn ouders merkten dat zijn meisjesachtigheid, die zij eerst voor een voorbijgaande fase hadden gehouden, bij het ouder worden niet verdween. Toen hij op een keer aankondigde dat hij zijn piemel eraf wilde knippen, zijn zij naar de huisarts gestapt. Deze raadde hen aan zijn verkleeddoos en poppen weg te doen en hem met jongens te laten sporten. Dat deden zij. Zij maakten hem lid van een judo- en voetbal-

vereniging, maar een jaar later kwamen zij bij ons op het spreekuur. Zij waren bang dat de koers die zij hadden ingeslagen toch niet de juiste was. Hansje was van een rustig, maar opgewekt ventje een teruggetrokken angstig jongetje geworden, dat riep dat hij dood wilde gaan om daarna als meisje opnieuw geboren te worden.

Lesley

Niet heel veel later kruiste een andere jonge patiënt mijn pad. Ik noem haar Lesley. Zij was vijf jaar. Zij was geboren met ambigue uitwendige geslachtsorganen. Haar chromosomen waren mannelijk (46, XY) en in de buikholte waren testikels aanwezig. Onvoldoende gevoeligheid voor testosteron van haar lichaamscellen had ervoor gezorgd dat haar geslachtsorganen er niet duidelijk mannelijk uitzagen. Lesley leed aan partiële androgeenon gevoeligheid. Deze aandoening behoort tot de zogenaamde geslachtsdifferentiatie stoornissen, ook wel interseks-aandoeningen genoemd (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003). Chirurgisch-technisch is het moeilijker om van ambigue geslachtsorganen natuurlijk ogende mannelijke geslachtsorganen te maken dan ze te vervrouwelijken. In die tijd kregen daarom vrijwel al deze kinderen het vrouwelijk geslacht toegewezen. Er leek toen ook niet veel tegen om het kind als meisje op te laten groeien. Men ging er namelijk van uit dat kinderen bij de geboorte psychoseksueel neutraal waren. De opvoeding zou er wel voor zorgen dat zij zich een meisje zouden gaan voelen. Lesley werd als meisje bij de burgerlijke stand aangegeven en haar geslachtsorganen werden chirurgisch vervrouwelijkt.

Bij het ouder worden bleek al snel dat Lesley een heel jongensachtig meisje was, dat het liefst met jongens speelde, dol was op hijskranen, graag stoeide en meisjesgetuttel maar een slappe boel vond. Zij riep met grote stelligheid dat ze later een meneer zou worden, net zoals haar pappa.

Haar toenmalige behandelaars vroegen zich af wat te doen. Moest haar worden verteld wat er met haar aan de hand was? En zo ja, op welke leeftijd dan? Stel dat zij dan als jongen verder zou willen leven, moest haar dat meteen worden toegestaan? En zou zij dan ook meteen geopereerd moeten worden om haar weer mannelijk uitzien de geslachtsorganen te geven? Veel vragen waarop geen duidelijk antwoord te geven was.

Een atypische genderontwikkeling

Het gangbare pad dat leidt tot het gevoel een volwassen man of vrouw te zijn (de genderidentiteit) bestaat uit vele stappen. Wellicht ten overvloede vermeld ik hier de belangrijkste mijlpalen: geslachtschromosomen, geslachtsklieren, geslachtshormonen, geslachtsorganen en genderrol.

Wil, Hansje en Lesley illustreren drie van de zeer vele manieren waarop de psychoseksuele ontwikkeling van dit gangbare pad kan afwijken. Daarnaast maken hun verhalen duidelijk welke maatschappelijke en psychologische krachten het werken op dit terrein van de medische psychologie zo complex maken.

Ik zal een aantal van de moeilijkheden bespreken aan de hand van de drie voorgestelde patiënten, en wel volgorde van leeftijd. Ik begin dus bij Lesley, de derde patiënt.

Personen met een interseksaandoening

Lesley's geschiedenis geeft duidelijk weer voor welke dilemma's behandelaars zich gesteld zien. Van deze bespreek ik de geslachtstoewijzing bij de geboorte en het tijdstip van de operaties. Een verkeerde beslissing op een van deze gebieden kan de kwaliteit van leven van deze kinderen blijvend benadelen.

Geslachtstoewijzing.

Vanaf de tweede helft van de vorige eeuw werd in de kindergeneeskunde de zogeheten 'optimal gender policy' gevolgd. Volgens dit beleid wordt bij een geslachtstoewijzing niet alleen maar rekening gehouden met één enkel lichamelijk kenmerk, bijvoorbeeld de geslachtschromosomen. Kinderen met XY-chromosomen konden dus een vrouwelijke geslachtstoewijzing krijgen, als werd aangenomen dat het kind als meisje gelukkiger zou worden dan als jongen. Bij de besluitvorming hierover speelden inschattingen een rol over een aantal andere factoren: de genderidentiteit van het kind, het uiterlijk, het seksueel functioneren, de vruchtbaarheid, het psychisch welzijn, en het aantal en de complexiteit van de medische ingrepen. Omdat gedacht werd dat een consistente opvoeding in de vrouwelijke richting de genderidentiteit vrouwelijk zou maken, werd, zoals eerder gezegd, vaak gekozen voor de vrouwelijke lijn. Zo hoefden de operatieve ingrepen niet al te ingrijpend te zijn, wat weer ten goede zou komen aan het psychisch welzijn. Deze keuze was ook bij Lesley gemaakt.

Onderzoek op het gebied van de fundamentele en klinische neurowetenschappen hebben ertoe geleid dat de aanname van de psychoseksuele neutraliteit bij de geboorte steeds meer wordt betwijfeld. Daarmee raakte ook het gangbare klinische beleid in de afgelopen vijf tot tien jaar aan grote kritiek onderhevig. Over welke gegevens gaat het dan?

In de eerste plaats is uit onderzoek gebleken dat niet alleen de geslachtsorganen, maar ook de hersenen zich (deels) in de mannelijke of vrouwelijke richting differentiëren. Hoewel over dergelijk onderzoek bij dieren al geruime tijd werd gepubliceerd, kreeg de

mogelijke betekenis van geslachtshormonen voor de ontwikkeling van de genderidentiteit vooral aandacht door een wereldberoemde casus. Deze staat inmiddels bekend als de 'John/Joan case' (Diamond & Sigmundson, 1997). John was de helft van een eeneiige tweeling. Toen hij 8 maanden oud was verloor hij zijn penis bij een mislukte besnijdenis. Vanwege zijn jonge leeftijd en de aanname dat de opvoeding de genderidentiteit volledig bepaalt, werd hij als het meisje Joan opgevoed. Zijn geslachtsorganen werden chirurgisch vervrouwelijkt. Deze beslissing leek aanvankelijk succesvol, al was hij, zelfs als meisje, wel veel jongensachtiger dan zijn tweelingbroer. Helaas bleek bij het ouder worden dat het kind een ernstig genderprobleem had. Toen hij op zijn 14e jaar hoorde wat er met hem was gebeurd, is hij onmiddellijk weer als jongen gaan leven. Hij trouwde later met een vrouw die al kinderen had en is al jaren de vader in dit gezin.

Deze psychoseksuele uitkomst sluit aan bij recente rapporten over diverse interseksoandoeningen. Sommige kinderen groeiden als meisje op, terwijl hun hersenen voor de geboorte aan testosteron waren blootgesteld. Dat kan allerlei oorzaken hebben, zoals aandoeningen van het kind zelf, of medicijngebruik van moeder tijdens de zwangerschap. Veel van deze kinderen blijken op latere leeftijd jongensachtige meisjes te zijn, ongeacht het hebben van mannelijke dan wel vrouwelijke geslachtschromosomen of testikels dan wel eierstokken (Collaer & Hines, 1995; Zucker, 1999). Een relatief groot aantal wil later zelfs als jongen/man gaan leven, bijvoorbeeld nadat zij in de puberteit lichamelijk vermannelijken (zij krijgen een lage stem, baardgroei en een groei van de clitoris) in plaats van vervrouwelijken (Rösler, 1992). Deze voorbeelden maken het verleidelijk om te denken dat de genderidentiteit volledig afhangt van prenatale blootstelling van het brein aan geslachtshormonen, zoals testosteron. Helaas ligt het niet zo simpel.

De wens om van sociale rol te veranderen ontstaat namelijk niet bij al deze kinderen. Zelfs binnen één gezin kan het ene kind wel en het andere, met dezelfde aandoening, niet voor een rolwisseling kiezen. Testosteron lijkt dus wel belangrijk maar bepaalt de genderidentiteit niet als enige factor.

Bij enkele aandoeningen is het nog steeds vrijwel onmogelijk om te voorspellen welke geslachtskeuze voor het kind de beste is, omdat vermannelijking van de hersenen niet kan worden afgeleid uit de mate waarin de geslachtsorganen zijn vermannelijkt. Voorlopig zullen er dus kinderen blijven opgroeien, die op latere leeftijd hun geslachtstoewijzing betreuren. Zij zullen dan een overstap naar de rol van het andere sociale geslacht willen maken. Zonder goed follow-up

onderzoek waarin wordt nagegaan welke factoren de uiteindelijke genderidentiteit kunnen voorspellen, zullen er kinderen het slachtoffer zijn van verkeerde inschattingen.

Tijdstip chirurgie

Het tweede dilemma waarvoor deze kinderen klinici stellen, betreft het moment van chirurgisch ingrijpen. Bij Lesley waren de geslachtsorganen meteen na de geboorte geopereerd, om haar er volledig vrouwelijk uit te laten zien. Mocht zij later inderdaad als man door het leven willen gaan, dan had deze operatie natuurlijk beter niet kunnen plaatsvinden. De ISNA (Intersex Society of North America) is een organisatie van mensen met interseksoandoeningen die, onder andere, opkomen voor de rechten van kinderen met interseksoandoeningen. Zij menen dat geen enkele chirurgische ingreep in de kinderleeftijd mag worden uitgevoerd. Kinderen, zo vinden zij, moeten zelf kunnen kiezen wat er met hun lichaam gebeurt, tenzij zich een levensbedreigende situatie voordoet. De felle toon waarmee zij dit standpunt naar voren brengen heeft onder andere te maken met eigen ervaringen. Doordat de hele clitoris is weggehaald, door littekens en door permanente beschadiging van zenuwbanen hebben velen hun seksuele gevoeligheid verloren of hebben zij pijnklachten. Anderen lopen, juist als gevolg van de operaties, met misvormde geslachtsorganen rond. En degenen die uiteindelijk als man zijn gaan leven betreuren het dat, wat zij ooit aan penisweefsel hadden, in hun babytijd is weggehaald. Vanzelfsprekend vinden zij dat een operatie bij een kind als Lesley pas moet worden uitgevoerd als haar genderidentiteit is uitgekristalliseerd en zij oud genoeg is om zelf een keuze te maken. Zij worden in hun zienswijze ook in toenemende mate gesteund door professionals.

Maar het probleem is dat er ook argumenten tegen zo'n beleid pleiten. In de eerste plaats willen lang niet alle kinderen die met een onduidelijk geslacht zijn geboren en als meisje opgevoed, later als man gaan leven. Zij zouden dus "voor niets" jaren lang moeten leven met geslachtorganen die door de omgeving afwijkend worden gevonden. Van kinderen met geslachtsorganen, die er ongewoon uitzien, weten wij, ook uit onderzoek, dat zij zeer kunnen lijden onder schaamte en onzekerheid (Mureau, 1995).

In de tweede plaats kunnen lang niet alle betrokkenen de ambiguïteit van de geslachtsorganen van het kind verdragen. Zo vertelde een vader van Irakese afkomst mij dat hij zelfs niet naar zijn kind kon kijken - laat staan normaal met de baby omgaan - zolang er twijfel in zijn hart was over het geslacht van zijn kind. Het is dus maar de vraag wat ongunstiger is: kinderen

met ambigue geslachtsorganen op te laten groeien met de kans dat een onbekend percentage daar later grote problemen mee zal krijgen of, zoals bij Lesley gebeurde, kinderen een geslacht toewijzen, hen op jonge leeftijd opereren en weten dat een deel dat later zal betrouwen. Zonder adequate gegevens is hierover eigenlijk geen bevredigende beslissing te nemen. Ons team kiest ervoor om per kind vanuit verschillende disciplines een inschatting te maken van de voor- en nadelen van beide mogelijkheden. Hierbij wordt ook rekening gehouden met wat bekend is uit onderzoek. Na overleg met de ouders komt het team tot een beslissing. Maar deze werkwijze is zeker geen garantie dat steeds de juiste keuze wordt gemaakt.

Jongeren met genderproblemen

Onze tweede patiënt was Hansje, het vrouwelijke jongetje van 7 jaar.

Patiënten zoals Hansje staan misschien aan het begin van een lang hulpverleningstraject. De dilemma's liggen hier anders dan bij Lesley, maar drukken niet minder zwaar op patiënt en hulpverlener. In Hansjes geval leek het advies van de huisarts te zijn ingegeven door het idee dat het blokkeren van zijn vrouwelijke interesses hem van zijn ongewenste vrouwelijkheid zou afhelpen. Over de psychologische behandelingen van kinderen als Hansje is momenteel veel te doen.

Behandeling van kinderen

Wanneer wij de behandelingen overzien, die wij in de afgelopen 15 jaar zelf hebben uitgevoerd of geadviseerd, dan blijkt dat deze zo gevarieerd zijn als de kinderen zelf. Gezinstherapie, ouderbegeleiding, individuele psychotherapie, psychiatrische opname, een scala van psychologische interventies is toegepast. Er waren ook kinderen die geen enkele psychologische behandeling nodig hadden, maar dit was wel de minderheid. Immers, zelfs kinderen met op zich goede psychische, sociale en intellectuele kwaliteiten lopen aan tegen de sociale consequenties van hun genderprobleem. En juist die sociale consequenties hakken er in. Uit een onderzoek bij ruim 400 kinderen met een genderidentiteitsstoornis, bleek dat de factor 'slechte contacten met leeftijdsgenoten' de sterkste voorspeller was van emotionele problemen en gedragsproblemen (Cohen-Kettenis, Owen, Bradley, Kaijser & Zucker, 2003).

In onze optiek moet het doel van dergelijke behandelingen zijn om kinderen die dreigen vast te lopen in hun ontwikkeling weer op de rails te krijgen. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een verbetering van hun sociale vaardigheden, het bewerken van angsten, het opkrikken van hun zelfwaardering of het verbeteren van de gezinssituatie.

In het buitenland wordt een zekere mate van vrouwelijkheid bij jongens en mannelijkheid bij meisjes, eerder dan in Nederland, als een stoornis opgevat. Net als de huisarts van Hansje heeft men daar vaker als primair behandeldoel de genderidentiteit direct aan te pakken via het verbieden of afstraffen van 'niet passende' activiteiten (zoals het in jurk lopen van jongens). Op die manier wordt geprobeerd van meisjes 'echte vrouwen' en van jongens 'echte mannen' te maken. Deze wellicht onschuldig lijkende pogingen om het kind op het 'rechte pad' te krijgen zijn voor het kind ingrijpender dan een buitenstaander zich kan voorstellen. Bovendien is het maar de vraag of dit ook werkelijk lukt. Systematische studies naar het effect van deze aanpak zijn namelijk niet voorhanden. Uit follow-up onderzoeken bij kinderen die inmiddels adolescenten of volwassenen zijn, kan men het tegendeel concluderen.

Op grond van de eerste tellingen uit ons patiëntenbestand weten wij inmiddels namelijk bij hoeveel kinderen de afkeer van het eigen geslacht rond de puberteit niet verdwijnt, maar zelfs groter wordt (Cohen-Kettenis, 2001). Interessant genoeg is dat percentage nagenoeg gelijk aan het percentage dat werd gerapporteerd in de enige andere grote kliniek op dit gebied, het Clarke Institute of Psychiatry in Toronto (Canada). In de behandelingen daar wordt cross-gendergedrag wel rigoureus verboden. Zo tussen de 20% en 25% van de adolescenten die als kind al in beide klinieken waren gezien, blijkt nog steeds genderdysfoor te zijn. Ondanks de verschillen in behandeldoelen en -methoden lijken de uiteindelijke uitkomsten in termen van genderidentiteit dus gelijk te zijn.

Naast de onduidelijke effectiviteit is er ook een ethische dimensie aan dergelijke therapieën. Ongeveer 75 procent van degenen die als kind de diagnose genderidentiteitsstoornis kregen, blijkt als volwassene namelijk niet transseksueel te zijn, maar homoseksueel (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Zucker & Bradley, 1995). Vooral homobewegingen in Amerika protesteren daarom tegen behandelingen die het gedrag van deze kinderen proberen te 'normaliseren'. De schrik van de conversietherapieën uit het verleden, waarbij werd getracht om mensen van hun homoseksualiteit te 'genezen' zit er nog goed in. Sinds homoseksualiteit niet meer als psychiatrische stoornis wordt beschouwd, worden zulke behandelingen bij volwassenen nauwelijks meer gepropageerd en hopelijk ook niet meer uitgevoerd. Hoe ethisch is het dan om pre-homoseksuele kinderen wel aan dergelijke behandelingen bloot te stellen?

Het zal duidelijk zijn dat de behandeldoelen samenhangen met de diagnose. Momenteel is op de huidige

criteria voor een 'genderidentiteitsstoornis' voor kinderen nogal wat aan te merken Bartlett, Vasey & Bukowski, 2000). Deze staan in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR (ofwel de DSM-IV-TR). De DSM is een zeer veel gebruikt psychiatrisch classificatiesysteem. Volgens de huidige criteria kan een vrouwelijk jongetje dat niet zegt een meisje te willen zijn en geen afkeer heeft van zijn lichamelijke geslachtskenmerken nu toch de diagnose 'genderidentiteitsstoornis' krijgen. Het lijkt mij dringend nodig dat deze criteria worden herzien, zodat kinderen met alleen atypisch genderrolgedrag niet langer aanodeloze behandelingen worden blootgesteld. Het doet mij dan ook genoeg dat wij deze criteria opnieuw zullen gaan evalueren in een pas gevormde internationale werkgroep die zich met de nieuwe DSM versie, de DSM-V, gaat bezighouden.

Behandeling van adolescenten

Kleintjes worden groot en komen tussen hun 10e en 13e jaar in de puberteit. Daarmee komt het tijdstip van mogelijke interventies in beeld die wel gericht zijn op het probleem van de genderidentiteit. In tegenstelling tot wat veel mensen denken zijn er niet één maar twee zaken die ons tot nadenken stemmen. De eerste is de sociale rolwisseling, de tweede de puberteitsremmende behandeling.

Toen ik Hansje zag, was hij zeven en dus nog lang niet in de puberteit. Zijn ouders probeerden een middenweg te zoeken tussen enerzijds een begrenzing van zijn behoeften (dus geen poppen mee naar school), en anderzijds zijn persoonlijkheid de ruimte te laten om zich te ontwikkelen. Hoewel het blokkeren van alle vrouwelijke expressie waarschijnlijk niet goed voor hem zou zijn, is begrenzing ook belangrijk. Op die leeftijd is immers nog volstrekt onduidelijk of het gaat om een kind dat ook later als vrouw door het leven wil gaan. Te snel met zijn wens meegaan kan een weg terug blokkeren. Daarnaast moet rekening gehouden worden met de kans op sociale uitstoting. Jongens in jurk worden in onze maatschappij nu eenmaal nog weinig geaccepteerd.

Momenteel wisselen de meeste transseksuele kinderen pas enige tijd na de puberteit van sociale rol. Wel valt mij op dat, sinds dit onderwerp herhaald in de media is verschenen, de leeftijd waarop zij van rol willen wisselen omlaag lijkt te gaan. Zoals ik al aangaf is dit een niet onverdeeld gunstige ontwikkeling, wanneer gaat om zeer jonge kinderen.

Maar zelfs wanneer het oudere adolescenten betreft is het voor buitenstaanders moeilijk te begrijpen dat zij zo'n keuze al kunnen maken. In hun ogen is zo'n keuze een gril, vergelijkbaar met het kiezen voor

tatoeages of een wilde haardracht. Daarbij wordt uit het oog verloren dat deze kinderen al hun leven lang aanlopen tegen de miskennis van hun zelfgevoel. Vaak zijn zij al op onwaarschijnlijk jonge leeftijd bezig met thema's als discriminatie, schuldgevoelens ten opzichte van hun ouders, eigen ouderschap en dood. Dit zijn voorwaar geen onderwerpen waar de meeste kinderen zich mee bezighouden.

De keuze voor het starten met puberteitsremmers, om de jongeren nog enige tijd in relatieve rust te laten nadenken over eventuele volgende stappen, is voor henzelf dan ook meestal geen moeilijke. Maar hulpverleners moeten ook hier laveren tussen enerzijds niet te snel beginnen bij jongeren die daar spijt van zouden kunnen krijgen en anderzijds niet te lang wachten bij jongeren die alleen maar baat hebben bij een vroege behandeling. Daarom beperken wij ons bij jongeren onder de 16 jaar tot het voorschrijven van puberteitsremmers en het geven van psychologische begeleiding. Pas na het 16e jaar kan worden gestart met de 'echte' hormoonbehandeling. Ons behandelteam is ervan overtuigd dat het wachten tot de puberteit met een sociale rolwisseling en, bij goed geselecteerde adolescenten, het starten met puberteitsremmers na het 12e jaar een juiste aanpak is. Maar deze opvatting zal moeten worden getoetst in follow-up onderzoek.

Volwassenen met genderproblemen

Ten slotte komen wij bij Wil, de volwassen patiënt met een genderprobleem. Op haar vraag om hulp werd door haar psychologen met huiver gereageerd. Dit heeft, net zoals bij de kinderen, zeker te maken met een gebrek aan empirische kennis. Want op de vraag hoe precies transseksualiteit, diverse vormen van transgenderisme, travestie en homoseksualiteit elkaar overlappen en hoe ze van elkaar verschillen bestaat nog geen pasklaar antwoord. Collega Swaab en zijn medewerkers hebben aangetoond dat één hersenkern, de BSTc, bij transseksuelen anders is dan die van hun seksegenoten (Kruijver, Zhou, Pool, Hofman, Gooren & Swaab, 2000; Zhou, Hofman, Gooren & Swaab, 1995). In ons werk op het gebied van functionele lateralisatie en cognities bij transseksuelen hebben wij ook zelf aanwijzingen gevonden voor een biologische factor in de ontwikkeling van transseksualiteit (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999). Maar deze bevindingen vormen slechts een zeer klein tipje van de sluier die zal moeten worden opgelicht, voor we volledig inzicht hebben in de hele range van genderproblemen.

Ik denk dat de reacties van Wil's psychologen nog met andere factoren te maken hebben dan alleen met gebrek aan kennis over het verschijnsel. Intra- en interpersoonlijke mechanismen spelen volgens mij een grote

rol bij iedereen die met genderpatienten te maken heeft, dus ook bij hulpverleners. Empirische kennis over deze factoren is vrijwel nihil en inzicht van individuele hulpverleners in hun eigen mechanismen zeer beperkt. Toch maken juist deze factoren het vaak moeilijk om adequaat en nuchter op hulpvragen zoals die van Wil te reageren.

Ik noem er enkele:

1. Gebrek aan identificatie

De meest voor de hand liggende is natuurlijk het onvermogen om zich met de wens van de patiënt te identificeren. Zeker in de beginperiode van de geslachtsaanpassende behandelingen was dit waarschijnlijk zelfs de belangrijkste reden waarom behandelaars genderpatiënten liever lieten doodgaan dan hen met een geslachtsaanpassing te behandelen.

Dit onvermogen is al groot wanneer het gaat om een volledige wens tot geslachtsaanpassing, maar de vraag om partiële behandelingen is voor de meesten van ons volstrekt oninvoerbaar.

Nu is dit onvermogen tot identificeren nog een relatief bewuste reactie en voor een behandelaar gemakkelijk toegankelijk. Maar ook meer subtiele processen kunnen de houding van de omgeving, dus ook van hulpverleners, beïnvloeden.

2. Verwarring

De cognitieve en emotionele verwarring waaraan velen ten prooi vallen als zij voor het eerst met genderpatiënten geconfronteerd worden, is alom bekend. Deze is vooral groot bij iemand die zich sociaal in het ene geslacht presenteert, maar bij wie sporen van het andere, namelijk het biologische, geslacht (nog) zicht-

baar zijn. De gesprekspartner vraagt zich af: "Tot welk 'deel' van de persoonlijkheid richt ik mij eigenlijk? Tot het innerlijke deel dat de ander kennelijk probeert uit te dragen of tot de toch (nog) zichtbare kanten van de oorspronkelijke sekse?" Een zeer bekend voorbeeld uit de waarnemingspsychologie is een ambigue afbeelding waarop men een oude vrouw of jonge vrouw kan zien (zie figuur). Wat men ziet is afhankelijk van waarop de aandacht gericht is. Zou men doorlopend de jonge vrouw willen blijven zien, dan vergt dat extra mentale inspanning. Zo'n extra inspanning is niet altijd op te brengen. Bij psychologen, maar ook bij personen uit de sociale omgeving, gaat dit ten koste van hun empathie. De psycholoog wordt op deze wijze geremd in zijn/haar technische mogelijkheden om de patiënt te volgen en de patiënt voelt zich niet begrepen en erkend.

3. Associaties met uiterlijk

Reacties op het uiterlijk hangen ook nog met iets anders samen dan met een ambigue uitstraling. Fysieke schoonheid wordt geassocieerd met positieve eigenschappen. Uit sociaal-psychologisch onderzoek weten wij dat van mooiere mensen wordt gedacht dat zij op het werk en in relaties succesvoller zijn dan minder mooie (Eagly, Ashmore, Makhijni & Longo, 1991). Zij worden beschouwd als psychisch beter functionerend, sociaal competent, meer integer, gelukkiger en, mits niet al te mooi, intelligenter. In hun sociale contacten worden zij ook beter behandeld. De waardering van iemands uiterlijk hangt voor beide seksen onder andere af van secundaire geslachtskenmerken. Mannen hebben bijvoorbeeld anders gevormde kaak- en jukbeenderen, en bij vrouwen liggen de wenkbrau-



wen hoger in het gezicht. Wanneer deze kenmerken niet passen bij het sociale geslacht, dus de rol waarin men zich presenteert, kan men dus in het nadeel zijn. Vooral degenen bij wie dit in sterke mate het geval is, lopen een grotere kans dat aan hen meer negatieve kenmerken worden toegeschreven, waardoor ook de kans op stigmatisering en afwijzing verhoogd is.

4. *Verstoring van ordening*

Mensen met genderproblemen halen 'vaststaande' gegevens in het wereldbeeld van velen onderuit. De doorbreking van deze ordening leidt tot angst, onzekerheid en irritatie. Waarom zou een doorbreking van de bestaande indelingen toch tot zoveel onrust leiden? Ik geef u één verklaring die volgens mij in elk geval voor individuen geldt.

In de cognitieve psychologie hanteert men het begrip "schema's". Dit zijn kennisstructuren, die nieuwe informatie helpen ordenen. Zij bepalen op welke informatie uit de omgeving iemand de aandacht richt en als relevant selecteert, welke informatie wordt onthouden en welke eventueel wordt vervormd. Gender-schema's bestaan uit een aantal kernbegrippen ('man' en 'vrouw'), waaraan een enorme hoeveelheid andere (vaak stereotiepe) begrippen zijn verbonden: gedragingen (stoer), kenmerken (zacht), activiteiten (voetbal) en zelfs voorwerpen (auto's) of kleuren (roze). Het hebben van zulke schema's (en iedereen heeft ze) vermindert de cognitieve belasting en maakt ons dagelijks leven dus eenvoudiger. Zij zorgen ervoor dat veel informatie als het ware automatisch, dus snel en zonder dat er veel aandacht aan hoeft te worden besteed, door ons wordt verwerkt. Dit geldt ook voor sociale contacten. In een gesprek signaleren wij vrijwel onbewust of wij met een man of vrouw te maken hebben. Van daaruit wordt een groot deel van onze houding, onze ideeën over de ander en ons gedrag bepaald. Valt nu deze vanzelfsprekendheid weg, dan staat ineens veel van wat de basis van de menselijke interactie vormt, op losse schroeven. Dit is een onbehagelijk gevoel.

Het zal duidelijk zijn dat deze vier factoren hun invloed hebben op hulpverleners in hun persoonlijke contact met patiënten en in hun klinische keuzes. Maar de door mij geschetste processen werken niet alleen op individueel niveau in het nadeel van de patiënt. Ook maatschappelijk beïnvloeden zij de beeldvorming. Dit is niet alleen merkbaar wanneer men de kranten open slaat, maar ook bij het aanvragen van subsidies, de vergoeding van behandelkosten en het plaatsen van wetenschappelijke artikelen. Er is terughoudendheid om met het onderwerp geassocieerd te worden en weinig bereidheid vaststaande waarheden te herzien.

Een voorbeeld uit juridische kringen komt uit het familierecht. Was het vroeger nog nodig dat een huwelijk werd ontbonden als één van de twee echtelieden een geslachtsaanpassende behandeling onderging, met het homohuwelijk is die eis van de baan. Daarmee is ook de eis dat men niet meer in staat mag zijn om in het oorspronkelijke geslacht te bevruchten of te baren obsoleet geworden. Immers, als een biologische man zijn zaad invriest en dit na een geslachtsaanpassing bij zijn (dan haar) vrouwelijke partner laat insemineren zijn beide wettelijke - en in dit geval ook biologische - ouders van het kind voor de wet vrouw.

In de geneeskunde is het nog lang niet mogelijk om mensen zich in het andere geslacht te laten voortplanten. Mocht het hier ooit wel van komen dan staat daarmee zelfs de definitie van wat een vrouw is (namelijk iemand die in staat is kinderen te baren en zogen) of wat een man is (namelijk iemand die in staat is te bevruchten) op de helling. Toch ziet men in de juridische wereld wel voorstellen om een voorschot op de toekomst nemen en in elk geval het hele juridische onderscheid tussen man en vrouw op te heffen. Deze indeling vormt voor velen inderdaad een barrière om hun identiteit volledig vorm te geven. Maar zo'n drastische herindeling van het maatschappelijk leven is waarschijnlijk nog een brug te ver en zal er vooralsnog wel niet van komen.

Onderzoek

Uit de drie voorbeelden Lesley en Hansje en Wil wordt duidelijk dat goede zorg voor genderpatiënten nog steeds zeer wordt belemmerd door een gebrek aan adequaat onderzoek. Zonder dit onderzoek moeten we het in de klinische praktijk nog te vaak hebben van klinische intuïtie in plaats van 'evidence-based' zorg.

Sinds 25 jaar houden diverse afdelingen van het VUmc zich, binnen het genderteam "volwassenen", bezig met patiënten bij wie de psychoseksuele ontwikkeling in onverwachte richting is verlopen. De hoogleraren Bouman en Gooren speelden hierin een prominente rol. Zijzelf, hun medewerkers en hun opvolgers uit diverse disciplines hebben zich heel wat offers getroost om de zorg voor genderpatiënten te verbeteren. Hun onderzoek bleek van eminente betekenis voor een beter begrip van de genderproblematiek. Ik denk dat het ook geleid heeft tot een grotere maatschappelijke acceptatie ervan.

De erkenning van de minister van ons multidisciplinaire Kenniscentrum Genderdysforie en de recente uitbreiding van onze patiëntenpopulatie, zowel qua leeftijd als qua problematiek, heeft de VU tot een plaats gemaakt waar onderzoek kan worden gedaan dat uniek is in de wereld. Ik zie het als mijn taak het Kennis-

centrum de komende jaren tot ontwikkeling te brengen, zodat de Willen, Hansjes en Lesley's van de toekomst niet langer 'geslachtoffers' zullen zijn.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Bartlett, N.H., Vasey, P.L., & Bukowski, W.M. (2000). Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles*, 43, 753-785.
- Cohen-Kettenis, P.T. (2001). Gender identity in DSM? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 391.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Gooren, L.J.G. (1999). Transsexualism; A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 315-333.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen-Kettenis, P.T., Owen, A., Bradley, S.J., Kaijser, V.G., & Zucker, K.J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 41-53.
- Collaer, M.L., & Hines, M. (1995). Human behavioral sex differences: A role for gonadal hormones during early development? *Psychological Bulletin*, 118, 55-107.
- Diamond, M., & Sigmundson, H.K. (1997). Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, 298-304.
- Eagly, A.H., Ashmore, R.D., Makhijni, M.G., & Longo, L.C. (1991). What is beautiful is good, but ...: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological Bulletin*, 110, 109-128.
- Kruijver, F.P., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M.A., Gooren, L.J.G., & Swaab, D.F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034-2041.
- Mureau, M. (1995). *Psychosexual and psychosocial adjustment of hypospadias patients*. Academisch proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Rösler, A. (1992). Steroid 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase deficiency in man: An inherited form of male pseudohermaphroditism. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 43, 989-1002.
- Zhou, J., Hofman, M.A., Gooren, L.J.G., & Swaab, D.F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68-70.
- Zucker, K.J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10, 1-69.
- Zucker, K.J., & Bradley, S.J. (1995). *Gender Identity Disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, London: Guilford Press.

Abstract

"Geslachtoffers"

In intersex conditions, there are incongruities between one or more steps in the process of sexual differentiation (the physical development in the female or male direction). Problems with gender identity may occur, but are not invariably associated with intersex conditions. On the other hand, there are individuals without intersex conditions who do suffer from gender identity problems.

Many dilemma's are associated with sex assignment and treatment in children with intersex conditions, and with the diagnosis and treatment of transgendered individuals. Clinicians should to rely on knowledge about atypical psychosexual development and adequate diagnosis and treatment of the various disorders. Without such information, patients may become victims of wrong decisions. However, the knowledge base in the intersex and transgender area is small and increases only slowly. Despite the fascination of the public for these phenomena, as is evident from the continuing attention of the mass media, many professionals and policy makers seem reluctant to provide care and conduct research in the intersex and transgender area in a similar way as in other medical and psychological areas. This reluctance hinders the development of evidence-based care and insight in the various clinical conditions. It also requires extra motivation the clinicians and researches who are active in the field.

The VU University Gender Teams have this motivation and have access to all relevant patient groups. The VU University medical center in Amsterdam is therefore an excellent place for expanding the knowledge base in this area.